N° 82.

ESSAI

SUR

LA HERNIE INGUINO-VAGINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 22 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR EUGÈNE LAFONT, de Fursac,

Département de la Creuze;

Ex-Élève de l'École pratique.

Principiis obsta....
OVID.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Suppléant.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Président.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet, *Examinateur.*	Rochoux.
Cottereau, *Examinateur.*	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Hommage filial.

A MON ONCLE DUBOIS.

Reconnaissance sans bornes.

A MONSIEUR PLAIGNAUD-D'ARNAC.

Attachement respectueux.

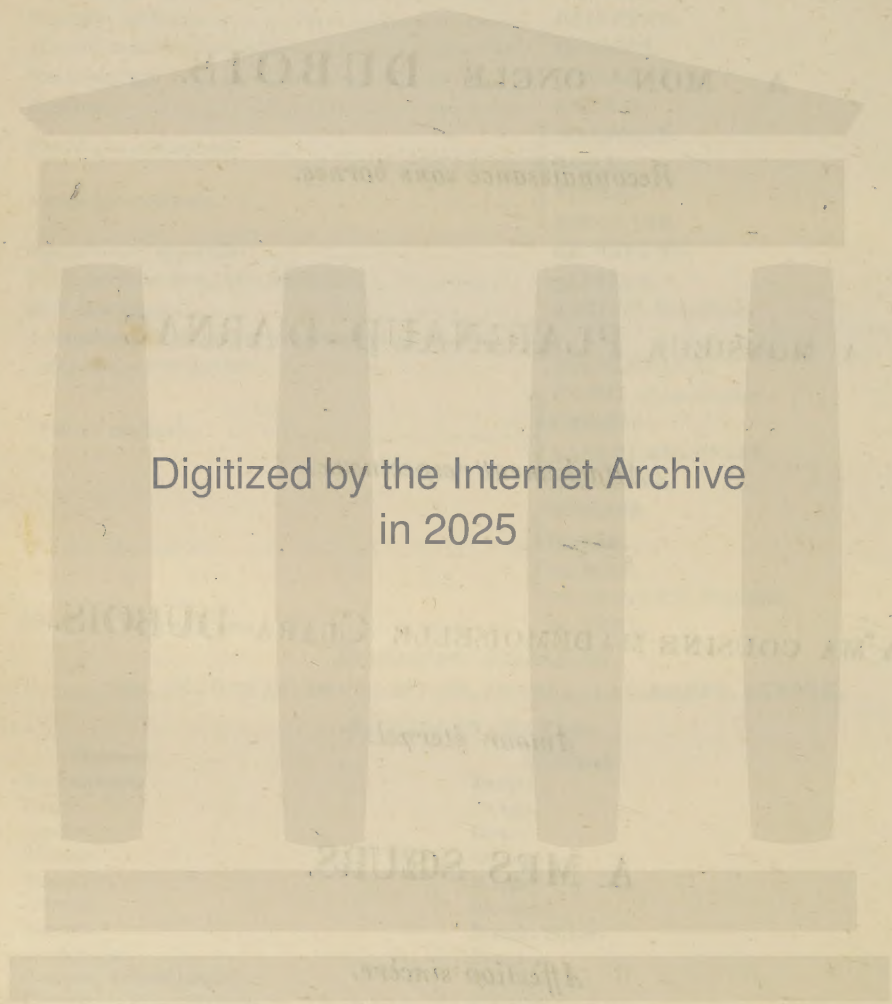
A MA COUSINE MADEMOISELLE CLARA DUBOIS.

Amour éternel.

A MES SŒURS.

Affection sincère.

E. LAFONT.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlahernie0000unse

ESSAI

SUR

LA HERNIE INGUINO-VAGINALE.

S'il est vrai que la hernie dite *congéniale* affecte le plus ordinairement les enfans au moment de leur naissance ou peu de temps après, il est également certain que cette maladie peut ne survenir qu'à une époque déjà éloignée de l'enfance; alors le mot *congénial*, indiquant que la hernie se développe au moment même de la naissance, ne présente pas toute l'exactitude désirable : aussi M. *Dupuytren* a-t-il cru mieux désigner cette affection en lui imposant le nom de *hernie inguino-vaginale.* Cette dénomination ayant le triple avantage d'indiquer la voie par laquelle s'opère la hernie, les parties qui renferment les organes herniés, et cela sans rien préciser sur l'époque de l'apparition de la maladie, paraît, en effet, beaucoup plus exacte. C'est là le motif qui me l'a fait adopter pour titre de ma dissertation.

Les premières notions relatives à l'espèce de hernie qui nous occupe nous viennent de *Guill. Hunter.* Avant cet auteur, on regardait les hernies congéniales comme des hernies inguinales ordinaires, avec cette seule différence que celles-là étaient accompagnées de la

rupture du sac. Depuis *Hunter*, les auteurs non-seulement ont parlé de la hernie inguino-vaginale telle que l'a entendue le célèbre chirurgien anglais, mais encore en ont rapporté de nombreuses observations. M. *Dupuytren* en a fait connaître une variété fort importante que j'aurai occasion de mentionner.

La hernie inguino-vaginale ne diffère de la hernie inguinale ordinaire que par l'absence du sac herniaire; les viscères y sont en contact immédiat avec le testicule, et la tunique vaginale leur sert de commune enveloppe.

Pour éviter, autant qu'il me sera possible, des répétitions toujours fastidieuses, je diviserai mon sujet en quatre sections principales : dans la première, je ferai l'exposition des parties à travers lesquelles se forment les hernies inguino-vaginales; la seconde comprendra l'examen anatomique de la hernie, la description de ses enveloppes et l'étude de ses rapports avec les organes voisins; dans la troisième, je m'occuperai des causes et des signes de cette maladie; la quatrième, enfin, sera consacrée au traitement.

Des parties à travers lesquelles se forment les hernies inguino-vaginales.

Le canal inguinal occupe la paroi abdominale dans un intervalle triangulaire, qui est limité en dedans par le muscle droit, en bas par l'arcade crurale, et en haut par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. A cet endroit, la partie abdominale, réduite à l'aponévrose du muscle grand oblique, offrirait bien peu de résistance, si elle n'était fortifiée extérieurement et intérieurement par des expansions cellulo-fibreuses, qui sont le *fascia superficialis* et le *fascia transversalis*, dont *Camper* et *Cooper* ont parfaitement fait connaître la disposition.

Ce canal, aplati d'avant en arrière, oblique de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'arrière en avant, d'une longueur de trois pouces environ, présente à examiner quatre parois et deux orifices.

La peau, le *fascia superficialis* et l'aponévrose du muscle grand oblique constituent la paroi antérieure; le péritoine, puis le *fascia transversalis* forment la paroi postérieure : la supérieure est représentée par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse réunis; enfin la paroi inférieure, par l'expansion réfléchie du ligament de *Poupart*.

Il me serait difficile de parler de l'orifice inférieur du canal inguinal sans dire quelque chose de l'arcade crurale; je rappelerai donc que l'aponévrose du muscle oblique externe, beaucoup plus dense et plus forte vers son bord inférieur, constitue une sorte de ligament (arcade crurale) qui, d'une part, s'insère à l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, et qui, arrivé à un pouce et demi environ de la symphise des pubis, se divise en deux bandelettes, dont l'une, interne et supérieure, va s'implanter au-devant de la symphise, en se croisant avec celle du côté opposé, pendant que l'autre, externe et inférieure, se fixe à l'épine du pubis. C'est l'écartement de ces deux bandelettes, mieux connues sous le nom de *piliers de l'anneau*, qui constitue l'orifice inférieur du canal inguinal ou tout simplement anneau inguinal. Cet orifice offre une figure triangulaire, dont la base repose sur le pubis, tandis que les deux piliers forment ses côtés : le sommet du triangle, situé vers le point où les piliers se séparent l'un de l'autre, loin d'être anguleux, se trouve arrondi en forme de ceintre par plusieurs fibres transversales, qui lient les deux bandelettes ensemble.

L'orifice supérieur du canal inguinal est représenté par l'écartement des fibres du *fascia transversalis*, qui, suivant la remarque de *Cooper*, se divise, pour ainsi dire, en deux portions. La forme de cet orifice est celle d'une fente; il est côtoyé en dedans par un cordon falciforme, qui résulte d'un repli du péritoine embrassant l'artère ombilicale oblitérée : le péritoine passe en devant de cette fente, y présente une petite dépression (fossette externe), en s'y prolongeant sous forme d'*infundibulum*.

Chez l'homme, le canal inguinal renferme le cordon testiculaire,

qui suit exactement sa direction pour traverser la paroi abdominale.

Le cordon se compose du canal déférent, de l'artère et de la veine spermatiques, unis par un tissu cellulaire plus ou moins lâche, et en outre de plusieurs enveloppes superposées : en effet, dans son trajet de haut en bas, le cordon testiculaire entraîne d'abord avec lui un prolongement du *fascia transversalis*, dont il se forme une gaîne étroite; bientôt cette gaîne elle-même se trouve recouverte par quelques fibres musculaires, qui s'échappent en anses du muscle petit oblique pour constituer le muscle crémaster ou la tunique érytroïde; enfin, sortant de l'anneau inguinal, le cordon reçoit du *fascia superficialis* une troisième et dernière gaîne, qui se surajoute aux deux précédentes.

Le canal inguinal de la femme est beaucoup moins ample; il contient dans son intérieur le ligament rond de l'utérus, plus un appendice celluleux du péritoine, reste du canal de *Nuck*.

Chez l'enfant, le canal inguinal est plus court et plus direct que chez l'adulte : pendant la vie intra-utérine, avant la descente des testicules dans les bourses, le canal ne renferme ni cordon testiculaire ni tunique vaginale; ce n'est que du septième au neuvième mois du fœtus, et quelquefois même après la naissance de l'enfant, que le testicule franchit l'anneau en poussant devant lui un prolongement péritonéal qui le recouvre, et qui, se trouvant considérablement allongé, forme une cavité oblongue communiquant avec l'abdomen, laquelle, se rétrécissant peu à peu, finit par s'oblitérer dans sa partie supérieure et constituer ce qu'on est convenu d'appeler *tunique vaginale*.

Il arrive quelquefois que l'un des testicules, arrêté dans sa marche, reste appliqué, pendant un temps variable, à l'un des orifices ou dans l'intérieur même du canal. M. *Velpeau* rapporte, dans ses leçons sur la médecine opératoire, l'histoire d'un jeune homme, âgé de vingt et un ans, dont l'un des testicules n'était pas encore descendu dans la bourse, et qui, à cette même époque, fut affecté d'une hernie ingui-

no-vaginale qui s'étrangla aussitôt son apparition. J'ai été témoin d'un semblable fait chez un jeune ecclésiastique, et chez lequel le chirurgien était bien loin, avant l'opération, de songer à une hernie inguino-vaginale. Au reste, la descente tardive des testicules dans les bourses est un phénomène qui n'est pas très-rare; M. *Dupuytren* l'a observé un assez bon nombre de fois, et je me propose de rapporter ici une observation recueillie dans ses salles, qui en présentera un exemple bien tranché.

Il peut arriver encore qu'un testicule, bien que descendu dans la bourse, conserve la faculté, sous l'influence d'un faible effort, de remonter vers l'anneau, de le franchir et de se porter plus ou moins profondément dans l'intérieur du canal. Je connais un étudiant en médecine qui présente cette anomalie.

L'existence de ces deux dernières particularités est une preuve presque certaine que la tunique vaginale communique encore avec la grande cavité du péritoine; alors l'on conçoit facilement que les individus ainsi constitués se trouvent, sous ce rapport, absolument dans les mêmes circonstances que les enfans pendant la vie intra-utérine ou bien à la naissance. Par là nous nous rendons parfaitement compte pourquoi la hernie inguino-vaginale, loin d'être l'apanage exclusif de l'enfant naissant, affecte aussi l'adolescence, et même l'âge viril.

L'artère épigastrique, après avoir pris naissance du tronc iliaque externe, non loin du ligament de *Poupart*, passe derrière le cordon spermatique, et croise sa direction à l'endroit même où il entre dans le canal abdominal; ici, elle se courbe de bas en haut, glisse sur le côté interne du cordon, et monte obliquement de dehors en dedans, vers le bord externe du muscle droit, entre le péritoine et l'aponévrose du transverse; bientôt elle se porte sur la face postérieure du muscle droit pour gagner l'ombilic, où elle s'anastomose avec la mammaire interne.

L'on sait bien que l'artère obturatrice naît quelquefois d'un tronc qui lui est commun avec l'épigastrique; mais comme elle se sépare

constamment de cette dernière à une distance peu considérable de son origine, qu'elle descend vers le pubis pour gagner le trou sous-pubien, elle n'a aucun rapport important avec l'anneau inguinal.

Anatomie de la hernie inguino-vaginale.

1°. *Mécanisme de sa formation.* Pendant tout le temps que persiste la communication entre la tunique vaginale et la cavité du ventre, le développement de la hernie inguino-vaginale est possible. L'on prévoit, en effet, qu'avec une pareille disposition il ne doit être besoin que d'une bien faible cause occasionelle pour déterminer la sortie des viscères. Ceux-ci se présentent donc d'abord à l'orifice supérieur et libre du canal inguinal, s'y engagent, glissent au-devant du cordon d'une manière immédiate, passent sous le bord inférieur des muscles transverse et petit oblique, franchissent enfin l'anneau inguinal pour parvenir bientôt dans le scrotum : en d'autres termes, ils parcourent exactement l'obliquité du canal abdominal, toujours limités à la partie centrale du cordon des vaisseaux spermatiques. Une fois parvenus dans la bourse, les viscères se placent nécessairement au-devant du testicule, qu'ils refoulent en arrière d'abord, puis en haut à mesure qu'ils s'accumulent au fond de la tunique séreuse.

La marche que je viens de tracer est bien celle que suivent le plus ordinairement les viscères dans le développement de la hernie inguino-vaginale ; cependant les choses ne se passent pas constamment de cette manière : ainsi l'on a vu une anse intestinale se trouver pincée dans une partie ou dans la totalité de sa circonférence par le collet du sac à la hauteur même de l'orifice supérieur du canal abdominal. Ce cas est extrêmement délicat et embarrassant, à cause de l'obscurité que doit apporter nécessairement sur la nature de la maladie l'absence de toute tumeur vers le pli de l'aine. L'on a vu encore, et même assez souvent, lorsque le testicule s'est arrêté dans l'intérieur du canal inguinal, les viscères s'accumuler derrière cet organe, dilater le ca-

nal, et former une tumeur d'un volume variable dans l'épaisseur même de la paroi abdominale.

Cette dernière forme de hernie inguino-vaginale, si l'on fait abstraction de l'absence d'un sac herniaire propre, est absolument la même que celle que M. *Boyer* propose d'appeler *intra-inguinale*. Pour ce motif, je crois que la première serait très-bien désignée par le nom de *hernie intra-inguino-vaginale*, d'autant plus qu'elle n'en a pas encore reçu de particulier.

Les deux cas que je viens de signaler, et qui ne sont pas très-rares, ne sont guère que des degrés moins avancés de la variété de hernie inguino-vaginale que M. *Dupuytren* a le premier fait connaître. Dans cette dernière, en effet, les viscères s'accumulent comme précédemment derrière le testicule encore renfermé dans le canal inguinal; mais à cette époque, la sérosité du ventre, venant à gagner le fond de la tunique vaginale à cause de sa position déclive, distend cette poche membraneuse, la force de s'étendre au-devant du testicule, et de former à l'extérieur un sac dans lequel les viscères abdominaux se précipitent. Comme l'on sent bien, la tumeur qui en résulte est un composé de parties transparentes et de parties opaques, de parties liquides et de parties solides. L'observation suivante va nous présenter réunies des nuances de ces diverses variétés :

Clinique de M. Dupuytren. Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, grand, fort et bien constitué, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n°. 21, le 12 octobre dernier, pour des douleurs vagues qu'il ressentait dans la région inguinale du côté droit. Cet individu refusant de donner des renseignemens sur son état, on le crut peu malade et l'on n'y faisait peu d'attention, lorsque, le 29 octobre, un malade voisin déclara que pendant la nuit il avait eu plusieurs vomissemens, et qu'il l'avait entendu pousser des plaintes. On s'aperçoit, en outre, qu'il a de fréquens hoquets; sa physionomie est altérée, les tempes sont creuses, les traits allongés; en un mot, il offre tous les symptômes d'une affection grave de l'abdomen. Quoi qu'il en

soit, c'est en vain qu'on lui adresse une foule de questions dans le but de connaître la cause de ces accidens, il ne répond que par des mensonges. M. *Dupuytren* porte cependant ses recherches sur les régions inguinales, et voici ce qu'il rencontre : le scrotum ne renferme qu'un testicule, c'est celui du côté gauche ; le testicule droit se laisse sentir dans l'anneau inguinal, et il paraît être légèrement aplati contre le pubis : à l'extrémité supérieure du canal inguinal, on rencontre assez profondément une tumeur allongée, de plusieurs pouces de longueur, peu sensible ; le scrotum du côté droit n'est cependant pas vide, on y sent une fluctuation qui atteste la présence d'un liquide, que l'on parvient même à faire refluer dans l'intérieur du canal abdominal jusqu'au-dessus du testicule. Du reste, le ventre est à peu près indolent, mais il offre une légère tension et une légère rénitence, et surtout du développement.

Ces recherches terminées, le chirurgien adresse de nouvelles questions au malade, qui déclare enfin que le testicule droit n'est jamais descendu dans la bourse ; il apprend, de plus, que deux ou trois ans auparavant il avait eu à peu près la même maladie, et que celle-ci avait été combattue par des sangsues et des cataplasmes ; il convient que depuis six à sept jours il est en proie à des coliques intenses, qu'il a des nausées, des hoquets et des vomissemens, et que la constipation est opiniâtre depuis la même époque, sauf quelques selles qui ont eu lieu dans les premiers jours de la maladie.

D'après ces renseignemens et les phénomènes qui existent, M. *Dupuytren* reconnaît une hernie inguino-vaginale étranglée ; il annonce que la tunique vaginale a été poussée dans le scrotum par la sérosité et non par le testicule, puisque celui-ci n'est jamais descendu dans la bourse ; que l'étranglement est produit par le collet de la tunique séreuse, qui tient lieu de sac herniaire, et que très-probablement ce collet est situé vers l'orifice supérieur du canal inguinal. Il ne serait pas sans danger, dit le professeur, d'opérer la réduction de cette hernie ; car l'on pourrait, avec les viscères, refouler dans le ventre la tunique séreuse et laisser persister l'étranglement, comme j'en ai vu plu-

sieurs cas. L'on fait cependant quelques légères tentatives, qui sont inutiles, et le lendemain l'opération est pratiquée de la manière suivante :

Le malade convenablement disposé sur le lit, le chirurgien se place à sa droite. Une incision de trois pouces environ divise les parties depuis le milieu de la longueur du canal inguinal jusqu'au tiers inférieur du scrotum; ces parties sont la peau, les ganglions lymphatiques, et quelques rameaux artériels sur lesquels on jette des ligatures. La tunique vaginale paraît à découvert, on l'ouvre avec beaucoup de précaution, et au même instant il en sort un jet de sérosité légèrement rougeâtre. Le testicule occupe le lieu où on l'a reconnu; il est situé presque verticalement, et séparé de l'épididyme dans un point assez étendu. L'orifice inférieur du canal inguinal peut à peine recevoir l'extrémité du doigt indicateur; cependant on parvient à l'y introduire, et, en remontant à une hauteur de plus de deux pouces, l'on arrive à un petit corps globuleux, élastique, qui ferme exactement la partie supérieure du canal : ce petit corps est reconnu pour être une anse d'intestin. M. *Dupuytren* saisit avec des pinces un des bords de la tunique vaginale près de l'anneau, un aide en fait autant du côté opposé, et d'un commun accord ils tirent doucement en bas et parallèlement à l'axe du canal; le malade fait des efforts comme pour aller à la garde-robe, et, sous l'influence de cette double action, on voit la tunique vaginale s'abaisser graduellement; un bistouri boutonné la divise à proportion sur sa partie antérieure. Après quelques minutes d'une pareille manœuvre, la portion intestinale vient enfin faire saillie vers l'anneau inguinal; un aide la saisit à l'instant, la tire graduellement en bas; puis M. *Dupuytren* tranche le collet du sac qui l'étreint : dès-lors l'intestin peut se développer avec facilité. Avant de réduire cet organe, le chirurgien s'assure s'il n'a pas été profondément endommagé par l'étranglement; il le trouve en bon état, et le fait rentrer de suite dans la cavité du ventre.

Le malade est reporté dans son lit, on fait un pansement à plat; dès ce moment tous les symptômes d'étranglement disparaissent, et

quelques heures plus tard les selles se rétablissent abondamment. La diète absolue est observée plusieurs jours ; le malade va de mieux en mieux, et le 2 décembre il est en état de sortir de l'hôpital : on lui recommande beaucoup de tenir exactement son bandage appliqué.

J'aurais deux autres observations de ce genre à rapporter ; mais, comme ici la conduite de M. *Dupuytren* a été la même, à peu de chose près, et que leur description m'entraînerait trop loin, j'omettrai de le faire.

2°. *Des parties qui recouvrent la hernie.* Les enveloppes de la hernie inguino-vaginale peuvent être divisées en plusieurs couches très-distinctes les unes des autres. Ces couches sont les mêmes que celles qui constituent les bourses, savoir : 1°. la peau, à laquelle on a donné le nom de *scrotum ;* 2°. le dartos, qui, selon l'opinion de M. *Brechet*, ne serait autre chose que l'expansion du *gubernaculum testis;* 3°. la tunique érythroïde, qui provient du muscle oblique interne ; 4°. une gaîne cellulo-fibreuse fournie par le *fascia transversalis;* 5°. la tunique vaginale, qui n'est qu'un prolongement du péritoine. Outre ces cinq gaînes principales, il se rencontre encore diverses couches de tissu cellulaire, et souvent des feuillets pseudo-membraneux d'une densité et d'une épaisseur variables.

Je ne veux point m'étendre sur la structure intime de ces différentes gaînes dans leur état physiologique ; je rappellerai seulement, comme nous l'a fort souvent fait observer M. *Dupuytren*, que, dans le cas de hernie ancienne, rien n'est plus varié que les altérations qu'elles sont susceptibles de présenter : leur épaisseur, leur consistance, leur couleur, leur aspect, en un mot, ne sont jamais ou presque jamais les mêmes. L'ouvrage de *Scarpa*, sur les hernies, contient une foule de faits de cette nature et du plus haut intérêt. La connaissance de ces altérations est fort importante ; car, celles-ci donnant lieu à des difficultés plus ou moins grandes, quand nous incisons les enveloppes de la hernie, dans le but de découvrir les parties

déplacées, celle-là nous fournit les moyens d'en triompher. On attribue les altérations de structure dont il s'agit à l'inflammation plusieurs fois répétée, à la compression produite par un bandage, à des vices de nutrition.

Quant à la tunique séreuse, je dirai avec M. *Boyer* qu'elle a une grande analogie avec le sac des hernies inguinales ordinaires. Comme à celui-ci, en effet, ne peut-on pas lui assigner un orifice, un col et un fond? L'orifice sera le point de communication entre la poche vaginale et la grande cavité abdominale; le col comprendra la portion rétrécie renfermée dans le canal inguinal, et toute la portion renflée qui se trouve au-dessous formera le fond du sac. Si donc, par la suite, je me servais des mots *sac herniaire*, ce serait la tunique vaginale ainsi conçue que je voudrais désigner.

Malgré l'analogie, il ne faut cependant pas croire que la similitude est parfaite entre ces deux enveloppes. L'une et l'autre proviennent, il est vrai, de la même membrane, le péritoine; mais leur développement a lieu dans des circonstances toutes différentes : celui de l'une est le résultat naturel des lois de l'organisation, celui de l'autre est tout accidentel. Leur destination n'est pas moins différente : à celle-ci il est dévolu de renfermer et de protéger le testicule; celle-là, au contraire, n'a que des rapports éloignés avec cet organe; car, quelque profondément que descende le véritable sac herniaire, il ne pourra jamais forcer le point où les vaisseaux pénètrent dans l'organe de la virilité, à cause de la cessation du tissu cellulaire vers cette partie du cordon, et, par conséquent, jamais atteindre, même par sa surface externe, le globe testiculaire.

De même que les enveloppes précédentes, la tunique vaginale est susceptible de présenter divers degrés d'altération. Dans les hernies anciennes on l'a trouvée épaissie, dure, semi-cartilagineuse. C'est principalement vers la partie du col qui a reçu le nom de *collet du sac* que se rencontrent ces altérations. Le collet représente assez bien un anneau ou virole à bord interne prismatique, tranchant sur toute sa circonférence. Cette disposition, sur laquelle M. *Dupuytren* insiste

beaucoup, est des plus fâcheuses dans ses résultats ; elle est, en effet, la cause la plus fréquente de la mortification de l'intestin dans les hernies inguino-vaginales étranglées. La tunique vaginale renferme encore plus ou moins de sérosité.

3°. *Parties contenues dans le sac.* Il est évident que l'épiploon ne peut pas en faire partie lorsque la hernie (ce qui est le plus ordinaire) se ferme au moment de la naissance ou peu de temps après ; car, à cette époque, l'épiploon n'est encore qu'à l'état rudimentaire. L'intestin grêle est à peu près le seul organe qui puisse alors se déplacer ; mais si la hernie persiste, l'épiploon ainsi que d'autres viscères pourront venir plus tard se surajouter à l'intestin et augmenter le volume de la tumeur. Il en sera de même encore si la hernie ne survient qu'à une période déjà avancée de l'âge de l'individu ; elle pourra présenter tous les genres de viscères susceptibles de se rencontrer dans les hernies inguinales ordinaires. Quoi qu'il en soit, l'intestin grêle doit toujours être compté en première ligne ; viennent ensuite l'épiploon, le colon, le cœcum. On y a vu l'estomac, le foie, la vessie ; mais ces cas sont fort rares : le testicule se trouve presque constamment refoulé en arrière et en haut par les viscères qui ont pris sa place, et avec lesquels il a quelquefois contracté des adhérences intimes.

4°. *Rapports du sac herniaire avec les vaisseaux environnans.* C'est au collet du sac qu'existentles rapports les plus utiles à étudier ; ils sont ici les mêmes que dans la hernie inguino-scrotale.

Les opinions ont été partagées parmi les chirurgiens, relativement à la position respective de l'artère épigastrique avec le col du sac herniaire. Ainsi *Richter* admet que ce vaisseau se trouve près de l'angle externe de l'anneau dans l'état malade comme dans l'état sain des parties ; et il soutient son opinion, en disant que le vaisseau est divisé sur le cadavre, en incisant en haut et en dehors, tandis qu'il ne l'est jamais en dirigeant l'incision vers la ligne blanche. Mais,

comme l'observe M. *Lawrence*, ces expériences sont seulement applicables à l'état sain des parties. De nos jours, au contraire, il est généralement reconnu que l'artère épigastrique se trouve transportée du côté externe au côté interne de l'anneau par le seul effet du développement de la hernie. *Camper*, *Chopart*, *Desault*, *Sabatier*, etc., ont bien connu ce changement de situation que subit le vaisseau ; mais aucun d'eux ne l'a constaté sur un aussi grand nombre de faits que *Cooper* et *Scarpa*. Les observations sans nombre de nos célèbres professeurs, MM. *Boyer*, *Dupuytren*, *Richerand*, *J. Cloquet*, venant corroborer l'opinion précédente, il ne reste plus aucun doute à cet égard.

Toutefois, il faut s'entendre sur ce prétendu transport de l'artère du côté externe au côté interne de l'anneau. Les auteurs, en énonçant le fait d'une manière générale, ne se sont pas exprimé toujours très-clairement ; ils paraissent même, au premier abord, avoir avancé une chose qui se trouve démentie par ce que nous démontrent les dissections sur le cadavre. En effet, l'artère épigastrique passant constamment au-dessous du cordon testiculaire, qu'elle croise au point où celui-ci s'engage dans le canal, puis se relevant aussitôt, doit évidemment toujours être, comme elle l'est de fait, située au côté interne de l'orifice supérieur du canal inguinal. L'on voit donc que, dans ce sens propre et naturel, il serait faux de dire que l'artère, par le développement de la hernie, est transportée du côté externe, où elle n'est jamais, vers le côté interne qu'elle occupe toujours; je conviens cependant que, bien que le vaisseau soit réellement situé au côté interne de la paroi matérielle de l'orifice supérieur du canal inguinal, il n'en est pas moins vrai qu'en raison de l'obliquité de ce canal en dehors et en haut, l'artère se trouve, dans l'état physiologique des parties, correspondre au côté externe de l'anneau inguinal, mais cela dans un sens abstrait, si je puis parler ainsi, c'est-à-dire relativement à une ligne qui, de la paroi interne de l'orifice supérieur du canal, serait abaissée parallèlement à l'axe du corps jusqu'à la branche du pubis.

Si maintenant nous faisons développer la hernie, nous verrons, à

mesure que celle-ci fera des progrès, le canal inguinal, d'oblique qu'il était, devenir direct ou presque direct, perdre beaucoup de sa longueur par le rapprochement de ses deux orifices : or, comme l'obliquité du canal ne peut disparaître sans que son orifice supérieur ne se rapproche d'autant de la ligne médiane du corps, il est clair que l'artère épigastrique, étant nécessairement soumise à la même évolution que la partie supérieure du canal, se trouvera bientôt correspondre, non plus au côté externe de l'anneau, mais bien à son côté interne; ce n'est donc, à proprement parler, qu'un changement de rapport entre l'artère et l'anneau qu'opère le développement de la hernie, et non point, comme on le dit, un transport de ce vaisseau du côté externe au côté interne de l'anneau inguinal.

Que l'on juge maintenant si les auteurs se sont exprimé bien clairement sur ce sujet. Pour moi, je puis avouer que, prenant à la lettre le passage de *Scarpa*, je m'étais formé une fausse idée sur ce transport artériel, et qu'il ne m'a fallu rien moins qu'une dissection plusieurs fois répétée des parties pour me faire connaître mon erreur et me rendre même intelligibles plusieurs descriptions.

L'artère épigastrique est bien le principal vaisseau dont les rapports avec le col du sac herniaire soient importans à connaître; cependant il ne faut pas oublier que, dans des cas de hernies anciennes et surtout volumineuses, on a trouvé, non-seulement désunis et séparés les uns des autres les vaisseaux du cordon testiculaire, mais encore occupant des points tout à fait insolites; ainsi, au lieu de ramper, comme d'habitude, sur la face postérieure du sac herniaire, on les a rencontrés sur les côtés, sur la face antérieure même de ce sac. *Camper* a vu l'artère spermatique d'un côté, et la veine du même nom de l'autre; *Ledran* ne fut pas peu étonné, en opérant une hernie ancienne, de trouver le cordon spermatique en entier sur la face antérieure du sac herniaire.

Description de la hernie inguino-vaginale.

Causes. Les causes efficientes et occasionelles de la hernie inguino-vaginale ne sont point différentes de celles des autres espèces de hernies. Tout effort violent accompagné d'une forte action des muscles respiratoires et abdominaux peut produire cette maladie : c'est ce qui arrive quand on porte ou qu'on soulève un fardeau pesant, ou bien encore dans la course; dans les chutes d'un lieu élevé sur les pieds, les genoux, les fesses. Les efforts de la toux, du vomissement, de la défécation; ceux provenant de l'action de chanter, de jouer sur un instrument à vent; les secousses imprimées par l'équitation, peuvent avoir le même résultat. Chez les très-jeunes enfans, la sortie des viscères est souvent occasionée par les pleurs, les cris, les convulsions, si ordinaires à cet âge. L'adhérence du testicule aux viscères, lorsque celui-ci est encore renfermé dans l'abdomen, est une cause qui manque rarement de produire son effet quand elle existe. Je ne dois point ici omettre une cause qui, bien qu'elle ne soit que prédisposante, a cependant la plus grande influence sur le développement de la hernie : l'on sent que je veux parler de la communication non interrompue de la tunique vaginale avec la grande cavité qui renferme les viscères abdominaux; cette fâcheuse prédisposition n'est propre qu'à l'enfance, et encore, par bonheur, n'existe-t-elle que chez le plus petit nombre. Je pense qu'il n'est guère besoin de mentionner l'allongement du mésentère comme cause prédisposante; on sait aujourd'hui que ce prétendu allongement est l'effet de la traction exercée par les viscères déplacés sur le repli du péritoine, et non point un état préexistant.

Division. Dans la hernie inguino-vaginale, les viscères parcourant constamment le trajet du canal inguinal, l'artère épigastrique ne peut point ne pas se trouver vers le côté interne de l'anneau : donc cette espèce de hernie doit nécessairement être toujours externe. L'on

voit aussi qu'il est physiquement impossible qu'elle puisse être jamais interne. Comme je l'ai dit, on pourra l'appeler *intra-inguino-vaginale*, lorsque les parties déplacées seront renfermées dans l'intérieur du canal inguinal ; quand elles ne font qu'une légère saillie vers l'anneau, on est convenu de donner à la hernie le nom de *bubonocèle*. Relativement à ses parties constituantes, la tumeur a reçu les noms d'*entérocèle*, d'*épiplocèle*, d'*entéro-épiplocèle*, suivant que l'intestin seul, l'épiploon, ou bien les deux ensemble, sont contenus dans le sac herniaire, tunique vaginale.

Symptômes et diagnostic. Comme la hernie scrotale ordinaire, la hernie inguino-vaginale se présente sous la forme d'une tumeur d'un volume variable, qui a paru brusquement à la suite de quelque effort, ou bien lentement et sans aucun effort, d'abord vers l'orifice inférieur du canal inguinal, puis bientôt dans la bourse correspondante. Cette tumeur, indolente, mobile, susceptible d'être pincée, soulevée, rentre d'elle-même et par une légère pression lorsque le malade est couché sur le dos, et reparaît aussitôt ou quelques instans après qu'il s'est relevé ; son volume et sa tension augmentent par la station prolongée, la marche et les efforts de la respiration. Le malade étant debout, si on lui commande de tousser, et que l'on applique en même temps la main sur la tumeur, on sentira l'impulsion communiquée aux parties herniées par celles contenues dans l'abdomen ; enfin, avant la réduction de la hernie, il est presque impossible de découvrir l'anneau inguinal avec le doigt, chose que l'on fait très-bien une fois que la tumeur est réduite. Outre les symptômes locaux, il peut exister des tiraillemens d'estomac, des coliques, du trouble dans les évacuations alvines, des engourdissemens vers la partie interne de la cuisse, etc.

L'existence d'une hernie étant constatée, comment s'assurera-t-on si les viscères qu'elle contient sont renfermés dans la tunique vaginale ou bien dans la gaîne du muscle crémaster ; en d'autres termes, si c'est à une inguino-scrotale que l'on a affaire, ou bien à une in-

guino-vaginale? La chose n'est pas toujours facile. Cependant, lorsque la tumeur se sera formée chez un enfant en bas-âge, ou encore chez un individu dont le testicule correspondant n'a point encore franchi l'anneau inguinal; que la tumeur, développée en très-peu de temps, semblera se porter du fond de la bourse jusqu'au-delà de l'anneau inguinal plus ou moins dilaté; qu'enfin le testicule, au lieu d'occuper le fond de la poche, sera refoulé en haut et en arrière par les viscères déplacés, on aura presque la certitude que la maladie est une hernie inguino-vaginale. Mais si la tumeur survient chez un individu qui ne présente point ces circonstances, qu'elle soit très-volumineuse, il sera impossible de se prononcer avec quelque fondement sur la nature de la hernie; au reste, cette incertitude n'est pas très-fâcheuse en elle-même, parce que l'opération, lorsque celle-ci est nécessaire, la faisant cesser, on est toujours à temps de recourir aux moyens que réclame chaque cas particulier.

Il n'est guère plus facile de reconnaître quelle est l'espèce de viscères contenus dans le sac herniaire. L'entérocèle cependant se distingue par une forme globuleuse; elle est lisse, molle, se laisse comprimer facilement, puis revient aussitôt sur elle-même; elle est sonore quand on la percute, élastique parfois; elle rentre ordinairement en bloc, en faisant entendre un bruit que l'on a appelé *gargouillement;* enfin, elle donne plus souvent lieu à la rétention des matières fécales.

L'épiplocèle ne se présente jamais chez l'enfant : on la reconnaît, chez l'adulte, à une tumeur oblongue, inégale, pâteuse, faisant éprouver des tiraillemens d'estomac, rentrant difficilement et sans bruit par une pression long-temps continuée, reparaissant promptement dès qu'on cesse de comprimer sur l'anneau inguinal.

L'entéro-épiplocèle réunit les signes de l'une et de l'autre espèce. Je dois relater ici les résultats que j'ai obtenus à l'aide d'un moyen que j'ai mis en usage dans le but d'établir le diagnostic différentiel de l'entérocèle d'avec l'épiplocèle. L'année dernière, sur quatre malades affectés de hernies qui se présentèrent simultanément à l'Hôtel-

Dieu, je pratiquai la percussion médiate des tumeurs au moyen d'une pièce de cinq francs; d'après la nature du son que j'en obtins, je pensai que deux des malades avaient une entéro-épiplocèle, le troisième une entérocèle, et le quatrième une épiplocèle seulement, si toutefois la petite tumeur que celui-ci portait au-dessous de l'arcade crurale était bien une hernie. Les trois premiers malades ayant subi l'opération, je puis affirmer que mon diagnostic se trouva confirmé; le quatrième malade, qui était une femme, ne fut pas opéré. Il est presque inutile de dire que le son est clair dans l'entérocèle, mat dans l'épiplocèle, clair et mat à la fois, mais sur des points différens, dans l'entéro-épiplocèle; toutefois il est certain que, si l'anse intestinale ne contenait aucun gaz, ou bien encore si elle était totalement remplie par des matières fécales, on n'obtiendrait aucune sonoréité par la percussion médiate, bien que celle-ci fût exécutée sur une entérocèle.

Si la vessie se trouvait faire partie de la hernie inguino-vaginale, ce qui est fort rare, la tumeur serait arrondie, molle, et avec des alternatives de fluctuations et de volume correspondantes à l'état de réplétion ou de vacuité de l'organe; la compression, pratiquée en temps opportun sur la tumeur, ferait naître l'envie d'uriner. Malgré ces caractères particuliers attribués à telle ou telle espèce de hernie, nous devons avouer néanmoins que, dans plusieurs cas, ce n'est qu'après avoir mis les parties à découvert par l'opération que nous pouvons constater d'une manière positive la nature des viscères déplacés.

Tous les signes dont je viens de parler, lorsqu'ils sont pris collectivement, deviennent pathognomoniques de la hernie inguino-vaginale, ou bien de la hernie inguino-scrotale; mais si l'on se contente de les considérer isolément, un à un, ils peuvent facilement faire confondre la hernie, surtout si celle-ci est irréductible et volumineuse, avec une foule d'autres affections entièrement différentes, telles que le varicocèle, le sarcocèle, l'hydrocèle, un abcès par congestion, un testicule qui s'est arrêté vers l'anneau, l'hydropisie en-

kystée du cordon, un engorgement des ganglions de l'aine, etc. Il ne sera donc pas inutile d'établir en quelques mots un parallèle comparatif entre les symptômes de ces diverses maladies et ceux de la hernie. Les caractères de cette dernière ayant été développés, il ne me reste plus qu'à tracer les principaux traits caractéristiques des autres maladies.

1°. Le varicocèle se présente sous la forme d'une tumeur inégale, molle, affectant la direction du cordon testiculaire ; son siége est le même que celui de la hernie inguinale : mais il suffit d'avoir touché une fois ces nodosités et perçu la sensation particulière de ces dilatations veineuses, pour ne pas confondre le varicocèle avec une hernie, à moins toutefois que le varicocèle ne fût très-ancien et les parties très-indurées.

2°. La dureté, l'inégalité, le genre de douleur, le poids, et surtout le développement de bas en haut du sarcocèle, ne permettront guère de prendre cette altération organique pour une hernie, et *vice versâ*.

3°. Dans l'hydrocèle, les progrès de la tumeur se font aussi de bas en haut ; la sérosité s'étant élevée insensiblement jusque vers l'anneau, la tumeur offre de la fluctuation, puis de la transparence quand on place derrière elle la flamme d'une bougie, phénomènes qui n'appartiennent point à la hernie.

4°. Il est quelques abcès par congestion qui franchissent l'anneau inguinal et simulent une hernie ; mais il est rare qu'ils ne soient pas précédés ou accompagnés de quelques symptômes qui décèlent leur nature.

5°. L'inspection des bourses où l'on ne rencontre qu'un seul testicule, la sensibilité exquise dont jouit la petite tumeur placée vers l'anneau, doivent rassurer le chirurgien en lui faisant reconnaître la présence d'un testicule.

6°. L'hydropisie enkystée du cordon, lorsque, par son ancienneté et son volume, elle a amené un épaississement considérable des tuni-

ques constituantes du kyste, ressemble d'autant mieux à une hernie inguino-vaginale que la tumeur a perdu alors sa transparence et qu'elle est susceptible d'une espèce de réduction par l'ascension du liquide dans le canal inguinal au moyen d'une manœuvre convenable. Dans ce cas, le diagnostic est des plus difficiles; il est même quelquefois impossible de l'établir. En pareille occurrence, j'ai vu M. *Dupuytren* lui-même fort embarrassé. Les circonstances antécédentes, le point de départ de la tumeur, son mode de progression, sa fluctuation, sa transparence, doivent être interrogés minutieusement. A défaut de ces signes, M. *Cooper* propose, la tumeur étant réduite, de faire lever le malade, de le faire tousser pendant que la main reste exactement appliquée sur l'anneau inguinal: si c'est une véritable hernie, dit le chirurgien anglais, la main empêchera la tumeur de reparaître, tandis qu'elle sera impuissante pour empêcher la sérosité d'un kyste de venir reproduire la tumeur à l'instant même.

7°. Plus d'une fois M. *Dupuytren* nous a montré, dans sa consultation à l'Hôtel-Dieu, des engorgemens des glandes lymphatiques de l'aine qui auraient facilement pu en imposer pour des hernies commençantes. Les fastes de l'art attestent que des méprises de ce genre ont été commises. La formation subite de la hernie, comparée à la lenteur avec laquelle l'engorgement glanduleux se manifeste et s'accroît; l'apparition de la première dans quelques circonstances frappantes, tandis que le bubon survient sans aucune cause de la même espèce; dans quelques cas, la possibilité de circonscrire le ganglion engorgé; enfin l'absence de tout mouvement d'impulsion pendant que le malade tousse, sont à peu près les seuls symptômes sur lesquels on peut baser son diagnostic.

8°. Le cas le plus important et le plus délicat en même temps est le suivant: un individu est pris tout à coup de douleurs dans le ventre, de nausées, de vomissemens, de constipation, etc. On explore la région inguinale, et c'est à peine si l'on découvre dans le trajet du canal inguinal, ou bien vers son orifice supérieur, une petite tumeur

arrondie, dure, dont il est impossible de déterminer la nature. Quelle sera cependant la cause des accidens qui existent? D'une part, nous savons, et j'en ai rapporté un exemple, qu'une hernie inguino-vaginale peut être renfermée dans le canal abdominal, n'offrir qu'un très-petit volume, et par cela même être ignorée du malade; d'un autre côté, nous n'ignorons pas qu'un bubon, un petit abcès, une inflammation même du péritoine, etc., peuvent donner lieu, dans certaines circonstances, à des phénomènes d'étranglement intestinal. La question devient donc alors extrêmement épineuse, et sa solution est souvent impossible, même pour le chirurgien le plus exercé. Cependant, comme il est urgent d'agir, et que les données manquent pour asseoir un diagnostic, on doit, dans ces cas de perplexité, recourir à la règle de conduite professée par les meilleurs chirurgiens; cette règle veut que l'on pratique l'opération, même au risque de ne pas trouver de hernie, toutes les fois que les malades sont en proie à des accidens qui indiquent la présence d'un étranglement et qu'ils portent à l'aine quelque petite tumeur. Il est de fait que l'opération, par elle-même, ne peut pas avoir d'inconvéniens bien graves pour les malades quand ils n'ont pas de hernie, et que, s'ils en sont réellement affectés, elle peut les arracher à une mort certaine. C'est là le langage que nous tint, l'année dernière, M. *Dupuytren*, en rendant compte d'une opération pratiquée la veille par M. *Samson* sur une femme qui se trouvait dans des circonstances fort analogues au cas dont il s'agit.

Traitement.

Tantôt la hernie inguino-vaginale existe sans aucune complication, tantôt elle est accompagnée d'accidens plus ou moins nombreux : de là la division bien naturelle de son traitement en deux parties distinctes.

Premier cas. Lorsque la hernie est réductible et dans un état de simplicité, le seul but que doit se proposer le chirurgien est de faire

rentrer les parties déplacées dans la cavité abdominale, de s'opposer à ce qu'elles s'échappent de nouveau, et d'obtenir, s'il est possible, une cure radicale de la maladie. Le taxis et les bandages sont donc les deux moyens qui se présentent actuellement à notre examen.

Devant parler du taxis à l'occasion de l'étranglement, je n'en dirai rien ici; je n'entrerai pas non plus dans la description des bandages; je me contenterai de dire que, quelque nombreuses que soient leurs variétés de formes, ils peuvent tous être rapportés à deux types principaux, les bandages élastiques et les bandages non élastiques : les premiers sont aujourd'hui les seuls employés. Je puis ajouter encore que le bandage élastique agit dans son application à la manière d'un levier du troisième genre. En effet, les apophyses épineuses des vertèbres lombaires ne donnent-elles pas le point d'appui? la résistance n'est-elle pas fournie par la tendance des viscères à s'échapper de l'anneau? et enfin la puissance ne se trouve-t-elle pas dans l'élasticité qui résulte de la courbure de la tige d'acier?

Plusieurs conditions sont indispensables pour qu'un individu retire d'un bandage tous les avantages possibles, et qu'il évite les inconvéniens attachés à son usage : ainsi, il faut que le ressort soit doué d'une force convenable; que l'instrument soit appliqué exactement dans toute son étendue, de manière à n'exercer aucune pression partielle ou irrégulière; qu'il ne soit point dérangé par les mouvemens nécessaires du corps; que la forme de la pelote s'adapte convenablement à la région inguinale.

Si les bandages ne sont guère qu'un moyen palliatif dans le traitement des hernies des adultes et surtout des vieillards, il n'en est pas de même dans celui de la hernie inguino-vaginale; celle-ci, en effet, affectant principalement les enfans, trouve chez eux les parties dans des circonstances toutes spéciales : la tunique vaginale et l'anneau inguinal, libres de tout effort de distension après la réduction des viscères, ont la plus grande tendance, l'une à s'oblitérer complètement, l'autre à reprendre en peu de temps ses dimensions ordinaires. Il n'est pas impossible encore que la pression produite par la pelote détermine

une légère inflammation qui fasse adhérer entre elles les différentes parties qui constituent le canal inguinal, état qui présentera alors une barrière insurmontable au développement futur de toute hernie quelconque. Ainsi, les enfans ou les jeunes gens affectés de hernie inguino-vaginale qui porteront pendant long-temps un bandage bien appliqué, pourront espérer de se voir délivrés un jour d'une maladie aussi dangereuse qu'incommode.

Le temps a fait justice des moyens barbares, tels que la castration, le point doré, la suture royale, etc., que l'on mettait autrefois en usage pour obtenir la cure radicale des hernies.

Second cas. Les accidens qui compliquent le plus ordinairement la hernie sont l'irréductibilité et l'étranglement.

Lorsqu'une hernie est ancienne, volumineuse, qu'elle a été irritée à diverses reprises, elle est presque toujours irréductible. Les causes de cette irréductibilité sont : 1°. le volume accru des viscères contenus dans le sac ; 2°. des adhérences contre-nature des parties les unes avec les autres ou avec le sac herniaire ; 3°. des bandelettes membraneuses qui traversent en différens sens la cavité du sac.

Une hernie irréductible étant susceptible de s'accroître indéfiniment, et surtout étant exposée à s'étrangler, on a proposé autrefois d'ouvrir le sac, de détruire les adhérences, de réduire les parties, et d'amener par là une guérison définitive ; mais si ce procédé a été rejeté pour la hernie réductible, il doit l'être à bien meilleur titre dans le cas présent. *Ledran* rapporte avoir vu plusieurs hernies volumineuses et irréductibles rentrer peu à peu dans le ventre par un long séjour au lit, par l'emploi de la diète, des saignées, des lavemens et de légers purgatifs. *J.-L. Petit* assure avoir fait rentrer des hernies irréductibles d'un volume médiocre à l'aide d'un bandage à pelote concave. L'opinion des chirurgiens de nos jours est que la hernie irréductible doit, dans la presque totalité des cas, être abandonnée à elle-même ; l'usage d'un suspensoir bien ajusté remédiera à plusieurs de ses inconvéniens.

L'étranglement s'annonce par la sensibilité plus ou moins vive qui se développe dans la tumeur, et surtout par les troubles qu'il occasione dans l'excrétion et dans la marche des matières fécales : cet accident peut être produit par les parties à travers lesquelles la hernie se fait, par celles qui sont contenues dans le sac, et enfin par le sac lui-même. Quel que soit, au reste, le siége précis de cet accident, il n'en est pas moins l'effet d'une constriction circulaire et continue sur les parties étranglées.

Dans le premier cas, l'étranglement résulte fréquemment de la constriction exercée par l'orifice inférieur du canal inguinal ; il a rarement lieu au-delà de l'anneau.

Dans le second, il est produit tantôt par l'invagination et l'entrecroisement des intestins, tantôt par des brides, des adhérences, par la présence même de corps étrangers.

Dans le troisième, l'étranglement est constamment produit par le collet du sac, et alors c'est presque toujours vers le niveau de l'orifice supérieur du canal qu'il a lieu : cette espèce d'étranglement, presque exclusive à la hernie inguino-vaginale, est des plus dangereuses et des plus promptes dans ses effets. Par sa forme tranchante et circulaire, comme je l'ai déjà dit, le collet attaque l'intestin dans toute sa circonférence, use sa paroi, l'amincit, l'enflamme et la frappe bientôt de mort. M. *Dupuytren* ne manque jamais d'appeler l'attention des élèves sur ce point important toutes les fois que l'occasion s'en présente. L'étranglement de cette nature doit encore, quand le chirurgien a lieu de le soupçonner (et il le peut raisonnablement dans la plupart des cas de hernies inguino-vaginales), le rendre très-circonspect dans les efforts qu'il fait pour réduire la tumeur. En effet, n'est-il pas exposé à faire rentrer celle-ci en masse avec l'étranglement ?

L'étranglement se décèle ordinairement par des symptômes tranchés ; cependant il n'est pas inutile, tant sous le rapport des indications que sous celui du diagnostic, de rappeler ici sa distinction en *aigu* ou *inflammatoire* et en *chronique* ou *par engouement*.

Dans l'étranglement par engouement, il y a accumulation de ma-

tières fécales dans la portion d'intestin herniée : ces matières augmentent le volume de la tumeur, qui est d'abord molle, pâteuse, peu douloureuse. Bientôt l'anneau, ne pouvant céder à la dilatation, réagit avec force : alors la douleur augmente; le ventre devient volumineux, se météorise; les nausées, les vomissemens surviennent; la fièvre s'allume, et tous les symptômes de l'étranglement aigu se joignent à ceux de l'engouement. Il ne faut pas perdre de vue que rien n'est plus irrégulier que la marche et la durée des phénomènes dans l'étranglement chronique. L'engouement peut subsister cinq, dix, quinze jours, plusieurs semaines même, sans que la gangrène se manifeste. Si une partie des matières vient à franchir l'obstacle, les selles peuvent se rétablir en apparence, les vomissemens se suspendre pour un temps, et le malade ainsi que le chirurgien se bercer dans une trompeuse sécurité.

Arrivé près du malade, le chirurgien essaiera d'abord de réduire la tumeur. S'il ne peut y parvenir, il mettra en usage les applications froides, la glace pilée; prescrira des potions minoratives, des lavemens purgatifs, ceux de tabac surtout; et si, après plusieurs jours, le taxis, secondé de tous ces moyens, est toujours sans effet, il devra, sans trop tarder, recourir à l'opération.

L'étranglement inflammatoire affecte une marche plus prompte et plus franche. A-t-il lieu, une douleur vive se fait sentir dans la tumeur; le cours des matières est interrompu, elles s'accumulent au-dessus de l'obstacle; les nausées, les renvois, les vomissemens surviennent. Les matières rejetées sont d'abord muqueuses, bientôt bilieuses; puis le mouvement antipéristaltique du tube digestif va chercher jusqu'au fond du gros intestin les matières stercorales. La tumeur est tendue, rénitente, douloureuse; la pression augmente la douleur, qui se répand plus ou moins loin dans l'abdomen; le pouls est fréquent, petit, concentré; le hoquet se déclare; le malade a de la soif, et rejette à l'instant les boissons qu'il prend. Dans cet état, si l'on n'apporte de prompts secours au malade, les accidens continuent : le pouls faiblit, une sueur froide et visqueuse coule sur le

front, la tumeur se ramollit, les tégumens qui la recouvrent prennent une teinte violacée, le ventre s'affaisse, le hoquet se fait encore entendre, les vomissemens cessent, la douleur s'apaise; mais ce calme perfide n'est que l'avant-coureur du terme fatal!

Il ne faudrait cependant pas croire qu'une hernie étranglée, abandonnée à elle-même, doive nécessairement entraîner dans tous les cas la perte des sujets : la nature a trop de ressources à sa disposition pour toujours succomber. Qui n'a pas vu la gangrène faire tomber en dissolution une tumeur herniaire, donner lieu à un anus contre-nature, et, par suite, à la cessation des accidens? L'année dernière, quatre cas de cette nature se présentèrent à l'Hôtel-Dieu, et deux des malades guérirent très-bien. Bien plus que cela encore, on a vu une anse intestinale, de quatorze pouces de longueur, frappée de mort dans la cavité abdominale, être expulsée par les selles, les deux bouts de l'intestin s'aboucher spontanément et rétablir la continuité du tube digestif. *Scarpa* a rassemblé à la fin de son ouvrage plusieurs faits de ce genre. Comme ces questions ne se rattachent qu'accidentellement à mon sujet, j'omettrai d'entrer dans aucun détail à leur égard.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien ne doit point compter sur ces terminaisons en quelque sorte miraculeuses; mais il pourra, à l'aide de moyens convenables, s'il est appelé en temps opportun, conjurer l'orage dans la plupart des cas. Il tentera donc d'abord le taxis; mais, pour peu que cette opération présente de difficultés, il devra la favoriser en mettant en avant la saignée du bras, les sangsues, les cataplasmes émolliens, les bains tièdes, les lavemens de tabac, etc. M. *Richerand* a grande confiance en ce dernier moyen, et cela après en avoir obtenu des effets surprenans. Deux fois j'ai vu M. *Roux*, lorsque plusieurs autres moyens avaient été impuissans, réduire avec la plus grande facilité une hernie au moment où les malades sortaient d'un bain tiède.

Pour faire rentrer les viscères dans le ventre, il convient de mettre le canal inguinal et ses annexes dans le relâchement le plus complet,

et de faire parcourir à ces viscères, unis en sens inverse, la même voie qu'ils ont déjà parcourue en se portant au-dehors.

Le malade se couchera sur le dos en s'inclinant légèrement sur le côté opposé à la hernie, fléchira la tête sur la poitrine et celle-ci sur le bassin, ploiera les cuisses de manière à ce qu'elles forment un angle presque droit avec le bassin, et portera en dedans le genou du côté malade. Alors le chirurgien, placé du côté de la hernie, passe la main convenable sous la cuisse du patient, saisit la tumeur avec les deux en même temps, et exerce la pression dans la direction du canal, c'est-à-dire de bas en haut et de dedans en dehors, en ayant soin de comprimer latéralement, et non point directement du fond de la tumeur vers l'anneau ; car, en agissant ainsi, il aplatirait la tumeur, rendrait sa réduction difficile, et peut-être même impossible. Il faut qu'il se rappelle que les parties sorties les dernières doivent rentrer les premières ; que la compression doit être exercée avec une surface large, qu'elle veut être graduée et assez long-temps continuée, sans cependant que de violens efforts soient exécutés sur la tumeur.

Il ne faut point perdre de vue, dans la réduction de la hernie inguino-vaginale, que le testicule peut avoir contracté des adhérences avec les viscères, et que conséquemment ceux-ci peuvent l'entraîner à leur suite dans la cavité abdominale.

Malgré l'habileté dont le chirurgien peut être pourvu et toutes les précautions qu'il peut prendre, il ne réussit pas toujours dans les efforts qu'il fait pour réduire la tumeur. Il arrive souvent alors que la nature reste impuissante, et l'art est forcé de venir à son secours.

Il est presque impossible, et les auteurs en conviennent, de dire à quelle époque la continuation de l'étranglement commence à devenir dangereuse. Il est également impossible de calculer rigoureusement les chances de l'opération d'après l'intensité des accidens. Donc, sans s'en rapporter positivement ni à la durée ni à la violence des symptômes, on doit recourir à la herniotomie, toutes les fois que le taxis, les applications locales, les moyens généraux ont été sans effet, ne se

fût-il écoulé que quarante-huit, vingt-quatre heures depuis l'invasion des accidens.

La herniotomie reconnaît deux méthodes, celle du débridement, et celle qui consiste à dilater les parties qui occasionent l'étranglement. Cette dernière est, je crois, généralement abandonnée, et le dilatoire de *Leblanc* ne figure plus que dans les vieux arsenaux de chirurgie.

La méthode du débridement consiste : 1°. à diviser les enveloppes de la tumeur, pour découvrir les parties qu'elle contient; 2°. à inciser les parties qui forment l'étranglement; 3° à faire rentrer les parties déplacées dans la cavité du ventre.

Tout étant disposé, les instrumens, l'appareil nécessaire à l'opération, on fait coucher le malade comme pour le taxis, à cela près que les cuisses et les jambes ne sont point fléchies. L'opérateur, armé d'un bistouri convexe sur son tranchant, se place à la droite du malade, quel que soit le côté où siége la hernie, et divise les tégumens sur un pli transversal formé aux dépens de la peau qui recouvre la tumeur. L'incision doit remonter un pouce environ au-dessus de l'anneau, et se prolonger en bas jusqu'au niveau du testicule, en suivant la ligne médiane et la direction de l'axe de la tumeur. Il faut placer sur-le-champ quelques ligatures sur les artères honteuses externes, qui ne manquent pas d'être divisées. Après cette première incision se présente le tissu cellulaire sous-cutané, souvent fort dense, et après lui diverses couches fibro-celluleuses, dont la dissection exige les précautions les plus minutieuses; car, comme l'on sait, l'épaisseur et le nombre des tuniques des vieilles hernies n'ont rien de constant. Plus on approche du sac herniaire ou de la tunique vaginale, plus on doit redoubler de soin. Enfin, pour parvenir dans l'intérieur du sac, on le soulève en le pinçant légèrement, et on l'incise très-obliquement. L'on peut encore, quand il contient une certaine quantité de sérosité, rassembler celle-ci dans un point de son étendue, et faire à cet endroit une espèce de petite ponction : une sonde cannelée introduite dans cette ouverture servira de conducteur au bistouri boutonné,

avec lequel on ouvrira largement le sac. On doit donner à l'incision du sac la forme et presque les dimensions de celle de la peau ; il faut cependant éviter de mettre le testicule à nu. Le premier temps de l'opération étant terminé, les parties déplacées se trouvent parfaitement à découvert.

Il paraît qu'il arrive quelquefois que l'incision des enveloppes de la hernie détermine un relâchement assez considérable pour que l'étranglement cesse tout à coup et que la réduction se fasse aussitôt : si cette détente se présentait, il faudrait en profiter, et ne point passer outre; mais je doute qu'elle ait lieu pour la hernie inguino-vaginale.

Arrive maintenant le temps le plus délicat de l'opération, celui du débridement. Pour procéder avec connaissance de cause dans ce second temps, il faut, autant que possible, s'assurer du siége de l'étranglement. Nous avons dit déjà que l'étranglement pouvait être produit par les parties contenues dans le sac, par l'anneau inguinal et par le collet du sac herniaire.

1°. Supposons que l'étranglement ait son siége dans les parties que renferme le sac : après l'incision du sac, ces parties étant à découvert, il sera facile de faire cesser une invagination, de remédier à un entortillement intestinal, de rompre même certaines adhérences, en un mot, d'agir selon que l'exigera la nature de l'étranglement.

2°. La constriction est-elle produite par l'orifice inférieur du canal inguinal, il faut abaisser l'intestin avec la main gauche, introduire l'extrémité mousse d'une sonde cannelée, ou mieux encore, s'il est possible, l'extrémité de l'index entre l'intestin et la face interne du péritoine qui tapisse le canal, porter la lame d'un bistouri boutonné sur le conducteur, et couper directement en haut les fibres de l'anneau inguinal dans l'étendue de quelques lignes.

Le précepte donné par *Rougemont*, d'inciser sur l'anneau inguinal en haut et parallèlement à la ligne blanche, est d'une application générale; je veux dire qu'il convient dans tous les cas de hernie ingui-

nale, qu'elle soit externe, qu'elle soit interne. En effet, si la hernie est externe, la lame du bistouri s'éloignera de plus en plus de l'artère épigastrique à mesure qu'elle s'élevera; et, supposé que l'on se soit trompé sur le véritable caractère de la maladie, que l'on ait pris la hernie interne d'*Hasselbach* pour une hernie inguinale, l'incision, ainsi dirigée, épargnera encore le vaisseau; car *Scarpa* a constaté sur le cadavre que dans ce dernier cas l'on pouvait inciser l'anneau inguinal directement en haut, dans l'étendue d'un pouce, sans atteindre l'artère. J'ajouterai enfin que ce précepte est constamment mis en pratique et conseillé par M. *Dupuytren.*

3°. Lorsque l'étranglement est produit par le collet du sac herniaire, ce qui arrive fréquemment dans la hernie inguino-vaginale, le débridement paraît beaucoup plus dangereux et beaucoup plus difficile, à raison du lieu élevé qu'occupe toujours cette partie du sac. Il y a peu de temps encore que les chirurgiens se croyaient obligés, en pareil cas, ou bien de glisser la lame du bistouri le long du canal inguinal pour aller couper des parties qu'ils n'avaient pas sous les yeux, ou bien d'inciser la paroi abdominale depuis l'anneau inguinal jusqu'à l'orifice supérieur du canal de même nom, dans le but de mettre le collet à découvert. Frappé des danger que font encourir nécessairement l'un et l'autre de ces procédés opératoires, M. *Dupuytren* se mit autrefois a en chercher un meilleur; et, se basant sur une disposition anatomique, il y parvint d'une manière fort heureuse : en effet, ce chirurgien remarquant que la tunique vaginale, libre dans la plupart des cas de toute adhérence avec les parties circonvoisines, jouit de la faculté d'être mue dans le canal inguinal de bas en haut et de haut en bas, conçut l'idée de profiter de cette précieuse circonstance pour attirer la partie supérieure du sac herniaire, c'est-à-dire son collet, jusqu'au-dessous de l'anneau inguinal. Une fois entraîné vers ce point, les parties sont mises en évidence, et par cela même il n'y a plus de danger ni de difficultés pour le débridement. Depuis son invention, M. *Dupuytren* a constamment mis en pratique

ce procédé opératoire, et toujours avec succès. Quant à la manière d'exercer la traction sur la tunique vaginale pour l'attirer en bas, et de lever l'étranglement, j'en ai parlé dans l'observation que j'ai rapportée plus haut : je crois inutile d'y revenir ici.

Dans quelques cas, on a rencontré plusieurs collets sur un même sac herniaire : il suffit d'en être prévenu.

Le dernier temps de l'opération consiste, avons-nous dit, à réduire les parties déplacées; mais avant de l'exécuter l'on doit s'être assuré que ces parties ne sont point frappées de mortification. La gangrène est loin d'être un état toujours facile à constater ; cependant il sera certain qu'elle existe lorsque l'on trouvera réunis les caractères suivans : coloration noire ou fortement livide, odeur *sui generis;* état de mollesse des tissus, qui fait qu'ils tombent en pulpe par la moindre pression ou se déchirent sous une légère traction; défaut du poli ou du lustre propre aux membranes qui jouissent de la vie. La gangrène d'une portion intestinale ou épiploïque s'oppose nécessairement à la réduction de ces viscères, et commande un autre plan de conduite, mais qui ne fait pas essentiellement partie de mon sujet. Il est encore prudent de développer ou de dévider au-dehors l'anse intestinale, tant pour pouvoir bien apprécier le dégât qu'a pu produire sur sa circonférence le collet du sac, que dans le but de donner plus de champ aux gaz et aux matières stercorales qu'elle peut contenir dans son intérieur ; ce qui diminuera dans le même rapport le volume de l'intestin. Quelques auteurs ont aussi conseillé de piquer avec une épingle une anse intestinale gonflée par des gaz.

Enfin, lorsqu'on est parvenu à établir que les parties herniées sont dans un bon état, on doit les faire rentrer sur-le-champ dans la cavité abdominale; on le devrait encore lors même qu'elles présenteraient une légère altération, pourvu qu'elles conservassent un degré suffisant de vitalité. Ici la réduction présente ordinairement peu de difficultés : les parties sorties les dernières doivent rentrer les premières. Si l'on avait affaire à une entéro-épiplocèle, on ferait rentrer

d'abord l'intestin, puis ensuite l'épiploon, afin de conserver les rapports respectifs de ces organes dans la cavité du ventre. Pendant cette opération il faut veiller à ce que les viscères que l'on repousse n'aillent pas décoller le péritoine et s'interposer entre cette membrane et les muscles larges de l'abdomen, comme la chose est arrivée à M. *Velpeau.* Pour cela, il suffit de maintenir le sac herniaire dans sa position pendant que l'on fait remonter les viscères.

La réduction étant faite, il ne reste plus qu'à panser la plaie et à satisfaire aux indications particulières que peut présenter l'état général du malade. Mais, comme ma dissertation est déjà fort longue, je m'abstiendrai de m'étendre sur ces deux points, et je terminerai là ma thèse.

Heureux si, par une scrupuleuse observation des principes puisés dans les savantes leçons de plusieurs de mes juges, je puis mériter leur bienveillance et leur approbation !

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

A dolore vehementi partium circa ventrem extremarum frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 26.

III.

Ab ileo vomitus, aut singultus, aut convulsio, aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 10.

IV.

A vomitu singultus, et oculi rubri, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

V.

A dolore diuturno partium circa ventrem suppuratio, non bonum. *Ibid.*, *aph.* 21.